

Especialidad sanitaria de psicología clínica de la infancia y la adolescencia: Una propuesta razonada

Amaia Izquierdo-Elizo¹, Isabel Cuéllar-Flores², Diego Padilla-Torres³, Consuelo Escudero-Álvaro⁴, Raúl Vilagrà⁵, Alma Martínez de Salazar-Arboleas⁶ y M. Concepción Fournier del Castillo⁷

¹ Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

² Servicio de Pediatría-Neonatología del Hospital Universitario San Carlos, Madrid, España

³ Centro de Salud Mental de Majadahonda, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

⁴ Centro de Salud Mental de Getafe (1987-2015), Madrid, España

⁵ Unidad de Agudos del servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Hospital de San Joan de Déu de Manresa, Althaia, Barcelona, España

⁶ Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental del Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería, España

⁷ Unidad de Neuropsicología Clínica, Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España

Health-care specialty in clinical child and adolescent psychology: A reasoned proposal

Abstract: Clinical child and adolescent psychology is a health care specialty in psychology that is recognized with its own identity in many countries. In the Spanish National Health System, its institutionalization runs parallel to the one related to clinical psychology, mainly after the psychiatric reform law, which has led to its gradual consolidation in the different health structures and ways of doing of clinical psychologists. The objective of this article was to make a reasoned reflection on some of the most relevant issues concerning clinical child and adolescent psychology that allows the debate necessary for the training of specialists in this field. After a brief review of its history, competencies and areas of action that enables its consolidation, as well as the future development of this specialty through the Spanish internship specialist training model for clinical psychology are described.

Keywords: Clinical child and adolescent psychology, internship training in clinical psychology, specialized training, psychological treatments.

Resumen: La psicología clínica de la infancia y adolescencia (PCIA) es una especialidad sanitaria de la psicología que está reconocida con identidad propia en muchos países. En el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España, su institucionalización corre paralela a la de la psicología clínica, principalmente tras la reforma psiquiátrica, lo que ha dado lugar a su paulatino afianzamiento en las diferentes estructuras sanitarias y formas de hacer de los psicólogos clínicos. El objetivo de este artículo fue realizar una reflexión razonada sobre algunos de los aspectos más importantes de la PCIA, que permita el debate necesario para la formación del especialista en este ámbito. Después de una breve reseña sobre su historia, se describen las competencias y áreas de actuación que posibilitan su consolidación, así como el futuro desarrollo de esta especialidad, a través del modelo español de residencia para la formación sanitaria especializada en psicología clínica.

Palabras clave: Psicología clínica de la infancia y adolescencia, PIR, formación especializada, tratamientos psicológicos.

Recibido: 26 de septiembre de 2021; aceptado: 21 de junio de 2022.
Correspondencia: Alma D. Martínez de Salazar Arboleas, Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil de Almería, Hospital Universitario Torrecárdenas, Avenida Cabo de Gata, 275, Portal 1, Ático C, 04007

Almería, España. Correo-e: almad.martinezsalar.sspa@juntadeandalucia.es

Agradecimientos: Nuestro más sincero agradecimiento a Amparo Belloch por sus orientaciones.

Sobre la necesidad de la especialidad en psicología clínica de la infancia y adolescencia para una mejora de la salud mental de los niños y los adolescentes

El estudio de la salud mental en las etapas infantil y adolescente ha sido foco de interés para los profesionales desde hace siglos. La atención clínica especializada a la población que se encuentra en esas etapas evolutivas ha adquirido una relevancia creciente en las últimas décadas (Koplowitz, 2014), en absoluto casual, si nos atenemos a algunos de los datos publicados. Son varios los estudios que indican una prevalencia importante de psicopatología en estas edades (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF, 2021; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017), tanto a nivel nacional como internacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) estima que aproximadamente entre el 10- 20% de los niños tienen problemas o trastornos mentales, independientemente de su cultura de origen. Entre un 4-6% padecerán un trastorno mental grave a lo largo de los años (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009; Mollejo-Aparicio, 2012). El suicidio es la segunda causa de muerte (OMS, 2018) entre los 15-29 años, lo que sin duda revela la necesidad de una adecuada atención a este problema para reducir las cifras al mínimo posible. En nuestro contexto, el 79.2% de los jóvenes de entre 15 y 26 años ha consumido alcohol, de los que un 5.5% presentaban un consumo de riesgo, y el 26.5% tabaco en el último año (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2021). Por último, señalar que en torno a la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años y más del 70% antes de los 18 años; la literatura especializada avala la existencia de una continuidad de la enfermedad mental desde la edad infantil hasta la edad adulta (Solmi et al., 2021).

Además de lo anteriormente expuesto, otros campos de actuación psicológica relevantes en infancia y adolescencia se han ampliado y diversificado de forma paralela a los avances científicos en medicina, que han aumentado la supervivencia de niños prematuros o con graves patologías perinatales, con enfermedades oncológicas, metabólicas, neurodegenerativas o autoinmunes. El interés de la medicina pediátrica por el tratamiento integral de todos los aspectos de la salud en la infancia ha derivado en solicitudes crecientes de atención psicológica de niños y adolescentes con enfermedades crónicas o secuelas por enfermedades graves, para abordar las dificultades adaptativas que se generan al afrontarlas. En este contexto también se incluye el reto que ha supuesto atender y mantener la atención psicológica a las limita-

ciones y al impacto emocional que ha supuesto la pandemia por COVID-19 en la población pediátrica (Armus et al., 2021; UNICEF España, 2021). En todo este contexto, un abordaje desde la psicología clínica del impacto de la enfermedad física en el desarrollo psíquico requiere un acompañamiento continuado, modulado por las características personales, recursos y redes de apoyo disponibles del menor, que incluya intervenciones tempranas para mejorar la evolución de los pacientes, prestando especial atención a la primera y segunda infancia como periodos «críticos» en el desarrollo de la salud mental.

Organismos y documentos relevantes de salud mental (Comisión Europea, 2005; Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 2018; Servicio Andaluz de Salud, 2010) recomiendan una atención especializada y específica para los menores de edad, claramente diferenciada de la que se presta al adulto. En la mayor parte de estos documentos se prioriza la atención precoz y los tratamientos psicológicos, así como la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mental, con el propósito de evitar sufrimiento a nivel personal, pero también familiar, además de minimizar el fracaso escolar y la pérdida de un adecuado desarrollo en la esfera interpersonal. Desde las organizaciones y asociaciones científico-profesionales de la psicología clínica (AEPCP, 2008) se promueve un modelo comunitario de la atención, donde la intervención se realice en el medio habitual del menor evitando, en la medida de lo posible, ingresos hospitalarios y otras medidas que supongan una ruptura en la incorporación a estructuras que facilitan el desarrollo del menor como la escolarización. El Plan Integral de Salud Mental de la OMS 2013-2020 expone que «Los niños y adolescentes con trastornos mentales deben ser objeto de intervenciones tempranas científicamente contrastadas, de carácter no farmacológico, evitando la hospitalización y la medicalización» (OMS, 2013, p. 17).

A pesar de las fundadas y necesarias recomendaciones antes expuestas, las ratios actuales de especialistas en psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) son claramente insuficientes, en mayor medida si nos centramos únicamente en las que corresponden a la atención de la población infanto-juvenil (Cuéllar et al., 2019; Fundación Alicia Koplowitz, 2014). El último documento base del plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid de 2017 (Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental, 2018), identifica un aumento de la demanda asistencial ambulatoria del 6,85%, que junto con el déficit de profesionales, provoca demoras en las citas, reduce los tiempos de consulta necesarios y obstaculiza una adecuada realización de los procedimientos terapéuticos recomendados por las principales guías clínicas,

favoreciendo un injustificado e inadecuado aumento del consumo de psicofármacos en etapas precoces del desarrollo. Es imprescindible una inversión suficiente en la atención a la salud mental infanto-juvenil, para dotarla tanto de las infraestructuras necesarias como de equipos multiprofesionales que incluyan personal de distintos ámbitos: psicólogos clínicos especialistas en infancia y adolescencia, psiquiatras especialistas en infancia y adolescencia, pediatras, enfermería especialista, logopedas, terapeutas ocupacionales, maestros y trabajadores sociales. Las características diferenciales propias que imponen los procesos de desarrollo en la infancia y adolescencia hacen absolutamente necesaria la especialización de todos los profesionales que trabajan en ellas.

En el ámbito psicológico es especialmente importante la adquisición de conocimientos específicos sobre las características del desarrollo psicológico normal y patológico en las diferentes etapas evolutivas, sobre los mecanismos y procesos que subyacen a la construcción de la personalidad de los menores, el desarrollo de su identidad, la diferente expresión emocional a lo largo del desarrollo, sus estilos relacionales, las limitaciones impuestas por el neurodesarrollo, o la influencia de la familia y del contexto social y cultural en todo el proceso de desarrollo, por mencionar los aspectos más relevantes.

Una formación oficial, reglada y escalonada, siguiendo el modelo de residencia actual en el SNS (formación del Psicólogo Interno Residente), permitiría una adecuada cualificación del profesional a la hora de adquirir los conocimientos y competencias necesarias para la evaluación, diagnóstico e intervención en los menores de edad que presenten problemas o trastornos psicológicos, así como de la importancia y necesidad de un equipo multidisciplinar que asegure una visión clínica amplia y comprensiva de los trastornos en estas edades. El trabajo conjunto e integrado con otros profesionales (psiquiatría de la infancia y adolescencia, pediatría, neuropediatría, trabajadores sociales, enfermería, orientadores escolares, servicios sociales y judiciales, etc.) es imprescindible para ofrecer el tratamiento idóneo para resolver o minimizar el problema de salud mental que presenta el niño o adolescente, mejorando su pronóstico evolutivo.

Por todo lo expuesto, entendemos que es necesaria la creación de una especialidad de la psicología clínica de la infancia y la adolescencia (PCIA), que esté basada en la comprensión, desde una perspectiva de la psicología evolutiva y contextual, de los problemas cognitivos, sociales, emocionales, de comportamiento y de desarrollo de los niños y los adolescentes, sin obviar el entorno familiar y social, tanto con la finalidad de promover la salud mental y prevenir la aparición de los trastornos,

como para la intervención y recuperación de las dificultades que las diferentes alteraciones psicológicas pueden traer asociadas. La psicología clínica de la infancia y la adolescencia (PCIA) se fundamenta en el enfoque de carácter científico y aplicado de sus procedimientos de evaluación, diagnóstico y tratamiento, basados en la evidencia. Presta especial importancia a la comprensión de las necesidades psicológicas de niños y adolescentes, a la forma en que el contexto familiar y otros contextos sociales influyen en su adaptación socio-emocional, estado de salud, desarrollo cognitivo y adaptación conductual, teniendo en cuenta la diversidad multicultural y las diferencias de género (Izquierdo-Elizo et al., 2021).

El trabajo que se presenta pretende profundizar en los argumentos hasta aquí enunciados con la finalidad de justificar la urgente necesidad de que se cree una especialidad sanitaria de psicología clínica de la infancia y la adolescencia en España.

Un breve recorrido histórico de la psicología clínica de la infancia y adolescencia (PCIA)

Los conocimientos en los que se sustenta la PCIA y que han contribuido a su origen (i.e., psicopatología, psicología evolutiva, psicodiagnóstico, psicoterapias, neurodesarrollo), han ido evolucionando desde concepciones en las que la enfermedad mental en los menores es contemplada desde los mismos parámetros que la de los adultos a los actuales planteamientos comprensivos e integradores (González et al., 2015; Luciano, 1997).

En la Edad Media se producen los primeros avances en el tratamiento de los trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, el infanticidio se considera «un pecado» y se abren orfanatos a lo largo del siglo XIV; tanto en niños como en adultos, sigue vigente la idea de posesiones demoníacas para explicar los problemas mentales. Hasta el renacimiento, como producto de los avances científicos, no empieza a expandirse un creciente interés por el mundo de la infancia y la educación de los menores. Comienzan por un lado a aparecer estudios con referencias al insomnio, los miedos, la epilepsia, la enuresis, o los terrores nocturnos, y por otro, estudios sobre la pedagogía a utilizar en niños y adolescentes con deficiencias o discapacidades sensoriales y físicas. El filósofo John Locke (1693) defenderá una postura centrada en el ambiente para promover el juego, el estudio de lenguas extranjeras, la enseñanza del control de esfínteres y la abolición de castigos físicos. Más tarde, en la Ilustración, los avances de Rousseau y Pestalozzi, afianzarán posturas humanistas y ambientalistas para el trato de los menores, creando asilos y guarderías con los nuevos principios educativos.

A finales del siglo XVIII se produce un cambio radical del enfoque y el tratamiento que se proporcionaba a las personas con enfermedades mentales. En plena revolución francesa, médicos como Phillippe Pinel con su *Traité médico-philosophique sur l'alienation mentale*, contribuyeron de manera decisiva a ese cambio, hasta el punto de producir en esta época la denominada «segunda revolución psiquiátrica», germen de la moderna Psiquiatría. Discípulo destacado de Pinel fue Jean Marc Gaspard Itard, su interés por Víctor, el «niño salvaje de Aveyron», a cuyo estudio y observación dedicó más de cinco años, ha hecho que se le considere el promotor de la psicología clínica de la infancia, diseñó y puso en práctica un plan terapéutico y rehabilitador para su reincorporación a la sociedad, que hoy se encuadraría en un marco de intervención terapéutica psicoeducativa, basado en los planteamientos filosóficos y antropológicos de la época sobre las relaciones entre naturaleza y cultura, que incluía principios que hoy se considerarían conductuales como la estimulación sensorial, la práctica repetida y estrategias de socialización (Routh, 2019). Posteriormente se convirtió en un pionero de la educación especial, al dedicarse a la enseñanza de personas con discapacidades sensoriales (sordomudez, ceguera) en la *Institution Impériale des Sourd-Muets*, estableció las bases del método de lectura Braille para ciegos y promovió la creación de centros especializados. Édouard Séguin, discípulo de Itard, publicó en 1846 «La idiocia y su tratamiento» y en 1852 «El tratamiento por el método psicológico». Gracias a los conocimientos aplicados en diferentes lugares de los EEUU, se convertirá en el impulsor de la Psiquiatría Infantil, fundando varias escuelas para niños con deficiencias intelectuales (Mardomingo, 1994).

También a finales del siglo XIX tiene lugar el surgimiento de la Psicología como campo de conocimiento diferenciado, con Wilhelm Wundt como figura de referencia fundamental, en 1879 se inaugura en Leipzig un laboratorio que posteriormente sería reconocido como el primer laboratorio de psicología experimental y como un hito histórico e inicio de colaboraciones entre la ciencia médica y psicológica (Belloch, 2015; Fernández Molina, 2003). Por el laboratorio de Wundt transitarán personajes relevantes para la nueva ciencia psicológica y para la psicopatología, provenientes de distintas partes del mundo: alemanes como Emil Kraepelin o Hugo Münsterberg, rusos como Vladimir Bechterev, ingleses como Charles Spearman y Edward Titchener o estadounidenses como James McKeen Cattell. Uno de los discípulos de Cattell, Lightner Witmer fundó en la Universidad de Pensilvania en 1896, la primera unidad de psicología clínica, considerándose el «padre» de esta

disciplina. La clínica psicológica estaba orientada al tratamiento de los problemas emocionales de niños con el objetivo de mejorar sus dificultades de aprendizaje (Routh, 2019).

Los avances de la psicología en sus diferentes disciplinas y ámbitos de actuación al inicio del siglo XX, darán lugar al desarrollo de las áreas de evaluación y diagnóstico, lo que impulsará un campo aplicado en la psicología clínica en niños y adolescentes con la construcción de los tests de inteligencia y el desarrollo de técnicas proyectivas.

Los psicólogos Alfred Binet y Theodore Simon, a petición del ministerio de educación francés, desarrollaron en 1905 una lista de preguntas, para distinguir a niños normales de aquellos con retraso, que se convirtió en el primer test de inteligencia. La adaptación en 1908 de test Binet-Simon por Henry Goodard y la baremación de la prueba realizada por Lewis Terman en 1916, convertirán este test en una herramienta imprescindible para el diagnóstico y estudio longitudinal de los niños y de sus capacidades intelectuales. El desarrollo posterior de los tests de inteligencia condujo a las escalas Wechsler para niños que con distintas adaptaciones siguen siendo internacionalmente la prueba de referencia para la evaluación del nivel intelectual. Conceptos como el factor «g» desarrollados por Charles Spearman, los modelos multifactoriales de la inteligencia como el de Luis Thurstone, el concepto de inteligencia fluida y cristalizada de Raymond Cattell o las inteligencias múltiples de Howard Gardner, son indicadores del avance continuado en este ámbito de la psicología clínica durante todo el siglo XX.

Hasta los años 70 del siglo XX se desarrollaron técnicas proyectivas para la evaluación psicológica infanto-juvenil (Routh, 2019). Entre las más conocidas cabe mencionar los siguientes: el test de manchas de Rorschach creado por el psiquiatra Hermann Rorschach en 1921, el test de apercepción temática creado por el psicólogo Henry Murray en 1935 y el posteriormente desarrollado test de apercepción infantil (conocido por sus siglas en inglés, CAT) por Sonya Bellak en 1954, el test de fábulas de la psicóloga Louise Düss en 1940, el test del dibujo de la familia creado por el psicólogo John Buck en 1948, quien posteriormente desarrolló en 1970 el test de la casa-árbol-persona, el test de la figura humana de la psicóloga Karen Machover editado en 1949 y el test de relaciones objetales del psicólogo Herber Phillipson editado en 1954.

La creación y desarrollo de métodos de tratamiento propios de la psicología clínica de la infancia y adolescencia ha recibido influencias de las teorías psicoanalíticas, discípulos y seguidores de Sigmund Freud fueron piezas fundamentales en la creación de la psicoterapia

psicoanalítica en niños y jóvenes, destacan autores como Anna Freud, Melanie Klein, Esther Bick, John Bowlby, Mary Ainsworth, Donald Winnicott o Françoise Dolto.

Igualmente, relevantes fueron las aportaciones iniciales del modelo conductista, con los tratamientos empíricos basados en exposición y desensibilización de Mary Cover Jones en 1924, basados en los planteamientos de John Watson e Iván Pávlov. Paralelamente a las aportaciones de Jones y desde el enfoque de Burrhus Skinner con las leyes del reforzamiento, Donald Baer y Sidney Bijou desarrollan técnicas de análisis funcional y modificación de conducta en niños (Routh, 2019) sientan las bases para los trabajos posteriores de Ole Lovaas sobre el Análisis de Conducta Aplicado en niños con trastornos del espectro autista (Virués, 2010). La evolución y actualización de estas aportaciones da lugar a un movimiento de tratamientos basados en la evidencia, que continúa en la actualidad y ha impulsado notablemente el desarrollo de la psicología clínica de la infancia y adolescencia (Pérez- Álvarez, 2010; Weisz y Kazdin, 2010).

Desde la psicología evolutiva, los estudios descriptivos y longitudinales del desarrollo han contribuido también al progreso de la especialidad. Stanley Hall (1844-1924) elaboró entrevistas para explorar el desarrollo de los bebés e influyó en Arnold Gessel (1880-1961), que construyó la famosa «Cámara de Gessel» para observar conductas y llevó a cabo también estudios con una «niña salvaje». En Europa, Jean Piaget (1896-1980), epistemólogo, psicólogo y biólogo suizo, considerado el padre de la epistemología genética, realizó importantes aportaciones al estudio del desarrollo de los niños. Lev Vygotski (1896-1934), psicólogo del desarrollo y fundador de la psicología histórico-cultural, estableció el concepto de zona de desarrollo próximo y fue el precursor de la neuropsicología soviética.

Todas las contribuciones anteriormente citadas se han desarrollado partiendo de la necesidad de responder a las demandas clínicas de la atención a niños y adolescentes, progresivamente se ha ido creando la necesidad, en la población y en los profesionales, de dar coherencia al trabajo realizado, de tal manera que se van construyendo movimientos a lo largo de todo el mundo que demandan la creación de la especialidad.

En 1951 se utiliza por primera vez el término «psicología clínica infantil», en un artículo sobre evaluación mediante el CAT en niños con daño cerebral (Guveritz y Klapper, 1951). Alan Ross (1921-1993) fue el responsable de singularizar la psicología clínica de la infancia y adolescencia como una profesión diferente, desarrolló su trabajo como psicólogo en la Clínica de Orientación

de Niños de Pittsburg; en su libro «The Practice of Clinical Psychology in Child» (Ross, 1959), estableció las principales competencias de la psicología clínica infanto-juvenil en los niveles de evaluación, tratamiento, investigación y trabajo en equipo. Señaló los desarrollos que, a su juicio, eran necesarios para la especialidad infanto-juvenil y estableció las características de los programas de formación para psicólogos internos en los dispositivos de orientación clínica infantil.

Tras varios esfuerzos en los años 50, en los que se pone de relieve la necesidad de mejorar tanto la atención a la salud mental de niños y adolescentes como los programas formativos, se crea en 1962 la Sección 1 dentro de la Sección 12 de psicología clínica de la APA dedicada a niños y adolescentes. Esto propiciará que en 1969 se cree la Sociedad de Psicología Pediátrica en la APA, división 54, así como el *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology* en 1971 y el *Journal of Pediatrics Psychology* en 1976, además de publicarse manuales de psicología clínica de la infancia y adolescencia como el *Handbook of Pediatric Psychology* en 1988 (Routh, 1988), o el *Handbook of Clinical Child Psychology* (Walker y Roberts, 1992).

En 1998 la psicología clínica de la infancia y adolescencia es reconocida por la APA como una especialidad diferenciada con entidad propia, en el año 2000 se crea, dentro del American Board of Psychology, la American Board of Child and Adolescents Psychology, dedicadas a la evaluación y certificación de títulos de psicólogos clínicos de la infancia y adolescencia y se comienzan a realizar las primeras certificaciones en el 2003.

Los avances de la especialidad en PCIA en Europa se suceden de forma diferente. En Francia, tras los pasos de Itard, psicólogos como Alfred Binet y Edouard Claparède, del equipo de Jean Piaget y Henri Wallon, serán la generación de psicólogos sobre los que se sentarán las bases de la clínica infantil (Perron, 1975). Claparède (1873-1940) pone de manifiesto la relación entre la pedagogía y la psicología infantil, creando en 1912 el Instituto Jean-Jacques Rousseau, hoy Instituto de Ciencias de la Educación. Wallon (1879-1962), psicólogo infantil francés y director del Instituto de Investigaciones Psicológicas del Niño en París, centra sus estudios en la psicología infantil, avanzando sobre la psicología del desarrollo y la psicopatología infantil desde una aproximación dialéctica, heredada de Vygotsky. René Zazzo (París, 1910-1925), psicólogo y pedagogo francés, discípulo de Wallon, ocupa la dirección del Instituto de Psicología del Niño y la dirección del Laboratorio de Psicología del Hospital Henri Rousselle en 1940, llevando a cabo trabajos sobre el examen psicológico en el niño.

En Suiza, André Rey (1906-1965), psicólogo clínico creador del test de la figura compleja de Rey, sucederá a Claparède como director del Instituto Rousseau. Trabajó como psicólogo clínico en la Unidad de Neurología de la Facultad de Medicina del Hospital de Ginebra y será una referencia en formación y clínica infantil en Europa. En Austria destacan figuras como Bruni Bettelheim (1903-1990), estudioso del autismo y el concepto de «madres nevera». En Reino Unido será a través de la «Tavistock Clinic» (1920), Portman Clinic y el «Child Guidance Training Centre» en Londres, dónde se lleven a cabo entrenamientos para profesionales de la psicología clínica de la infancia y adolescencia (Firth, 1975).

En España distintos acontecimientos impulsan el desarrollo de la PCIA. En 1924, un Real Decreto (Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes, 1926) establece la Escuela Central de Anormales, centrada en el cuidado de los problemas de niños con discapacidades físicas y mentales, movimiento similar al que se estaba produciendo en otros países. La creación en 1946 del Instituto Nacional de Psicología Aplicada y Psicotecnia, con funciones dedicadas a la evaluación de niños y adolescentes, la creación de la Sociedad Española de Psicología en 1952 y la Sociedad de Neuropsiquiatría en Barcelona en 1952 (Carpintero, 2002; Jiménez- Díaz, 1984).

Jeroni de Moragas i Gallisa (Barcelona, 1901-1965), psiquiatra, psicólogo y pedagogo, crea el primer consultorio de neuropsiquiatría infantil y será profesor de Psicología del Niño y del Adolescente. Jesusa Pertejo (1920-2007), psiquiatra y psicóloga, crea en 1940, en el Hospital San Carlos de Madrid, un Servicio de psicología clínica infantil, que le proporcionará diferentes reconocimientos dentro de la psicología clínica infantil. Se pone de manifiesto en estos años la necesidad de un trabajo psicológico y psicoterapéutico en los dispositivos de higiene mental dónde se trabajaba con niños y jóvenes (Sole-Sagarra, 1960; Sánchez-Barranco et al., 2000). El reconocimiento de la necesidad de una atención especializada para niños y adolescentes se aprecia en la creación de grandes hospitales específicos de Psiquiatría Infantil, como el Fray Bernardino Álvarez en Madrid (1948), el Sanatorio Psiquiátrico Infantil la Atalaya en Ciudad Real (1961), el hospital Rodríguez de Miguel en Zamora (1970), el hospital El Pinar en Teruel (1970), todos ellos son pioneros en la atención a la salud mental infanto-juvenil (Mardomingo, 2004).

En los años 60 existen ya 52 Centros de Diagnóstico y Orientación Terapéutica, a imagen de los *Child Guidance Clinics* de Estados Unidos, en todas las capitales de provincias españolas (Sanmartín, 1961), pertenecientes al Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, en

los que trabajan un médico psiquiatra, un médico ayudante, un psicólogo, un asistente social, un enfermero y un auxiliar administrativo (Fundación Foessa, 1976). Será en estos años, antes y después de la reforma psiquiátrica, cuando el Patronato Nacional y otras estructuras dispersas ambulatorias de salud mental sean integradas en los grandes hospitales del estado (Duro, 2015). La Ley General de Sanidad que entró en vigor en 1986 (LGS, 14/1986) y la consolidación del sistema PIR (Psicólogo Interno Residente) con su programa de formación de especialistas en psicología clínica de 4 años de duración (Orden SAS/1620/2009) adquiere mayor relevancia la psicología clínica de la infancia y adolescencia.

La consolidación de la psicología en España (Belloch, 2013; Siguán, 1976) y la consolidación de la psicología clínica (Olabarría, 2003), el progresivo aumento de la demanda de atención de problemas conductuales y emocionales en niños y adolescentes en las consultas de atención primaria de pediatría y medicina de familia, y los cambios sociales y culturales, desembocan en el convencimiento, tanto de profesionales como ciudadanos, de la necesidad de reconocer de forma oficial una nueva especialidad de la Psicología Clínica, la psicología clínica de la infancia y adolescencia (Escudero y Serrano, 2003) que garantice una formación de calidad, basada en el conocimiento científico disponible y unos servicios sanitarios públicos que den respuesta a los problemas psicológicos de los menores y sus familias.

Actualmente, el número de Psicólogos Clínicos con dedicación preferente o exclusiva a la infancia y la adolescencia en España en el SNS es de unos 444, según datos recogidos en el Libro Blanco de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia (Fundación Alicia Koplowitz, 2014). Este número es superior al de otros profesionales sanitarios que se ocupan de la salud mental de niños o adolescentes (i.e., psiquiatras, enfermeros) y es similar (en términos de ratio de profesionales) al que existe en otros países europeos, lo que pone de relieve el hecho de que la atención a la salud mental infanto-juvenil se asienta en profesionales de la psicología clínica (Griffin et al., 2017). No obstante, estos recursos son manifiestamente insuficientes, como vienen señalando diferentes voces nacionales e internacionales (Ahluwalia et al., 2016; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019), en especial por lo que se refiere a psicología clínica especializada. Y, quizá más importante, revela una incongruencia del modelo formativo actual (PIR), en el que la formación en PCIA ocupa únicamente el 12,5% del tiempo total del programa (i.e., 6 meses de los 48).

Competencias del especialista en psicología clínica de la infancia y adolescencia

El psicólogo clínico especialista en Infancia y Adolescencia debe desarrollar una serie de competencias

(Tabla 1), tanto en niveles instrumentales como transversales (Fournier del Castillo et al., 2021), que dotará a su práctica clínica la validez y calidad necesaria para el trabajo específico que niños/as y adolescentes precisan.

Tabla 1. Competencias básicas en el trabajo de PCIA (Fournier del Castillo et al., 2021)

<p><i>1. Habilidades instrumentales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Conocimientos teóricos del desarrollo normal para establecer patrones de conducta típicos o atípicos y de los factores de riesgo. — Conocimientos y manejo de las técnicas psicológicas de identificación del problema, evaluación y diagnóstico, incluidos los sistemas de clasificación. — Manejo de técnicas de intervención y tratamiento empíricamente validadas. — Capacidad para desarrollar investigaciones en múltiples entornos. — Capacidad para establecer y desarrollar programas de prevención y promoción de problemas de salud mental y física. — Habilidades para diseñar, organizar, impartir docencia y supervisar a los futuros especialistas. — Habilidades de consulta, consejo, intervención comunitaria y coordinación institucional. — Capacidad para realizar tareas de dirección, administración y gestión.
<p><i>2. Habilidades transversales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> — Valores y actitudes profesionales hacia los pacientes y sus familias y otros agentes del cuidado de la salud. — Autocuidado, autoevaluación y formación continuada en su práctica clínica diaria. — Atención a la diversidad sociocultural (edad, género, etnia, estatus socioeconómico) en la prestación y coordinación de la atención clínica. — Aplicación de estándares profesionales y legales de salud mental en la infancia y adolescencia, así como las directrices y normas éticas de referencia con respecto a los derechos de los niños. — Actuaciones guiadas siempre por la ética profesional y el código deontológico, promoviendo los derechos de los niños y niñas. — Competencias para detectar y evaluar el riesgo de abusos y maltrato. — Competencias para valorar los aspectos legales y clínicos relevantes en separaciones, custodias, y protección del menor.

La PCIA se nutre de una gran variedad de conocimientos sobre el desarrollo evolutivo del ser humano y sus características, la familia o la relación con los menores, que le confieren las características específicas necesarias para el abordaje de los problemas de salud mental infanto-juveniles. En lo que respecta al bagaje de conocimientos necesarios, la atención a la salud mental y bienestar psicológico en la infancia y la adolescencia se nutre de los marcos teóricos de conocimiento de la psicología evolutiva o del desarrollo psicológico normalizado, la neuropsicología infanto-juvenil y la psicopatología infanto-juvenil. Además, tiene como referencia otros campos de conocimiento y desarrollo científico-profesional, como la psicología perinatal, la psicología clínica de la salud de la infancia y adolescencia y la atención temprana. Estos ámbitos de conocimiento aportan teorías sobre el desarrollo, incluyendo el desarrollo cognitivo, socio-emocional, físico, sexual, psicomotor y del lenguaje; además, es necesario conocer los comportamientos adaptativos y problemáticos en función de la edad y los factores psicosociales y biológicos de riesgo y protección para el bienestar psicológico, incluyendo factores de riesgo social, como la pobreza o la violencia familiar y biológicos, como el consumo de sustancias durante el embarazo o la prematuridad (Faulconbridge et al., 2015; WHO, 2012)

Los especialistas en PCIA deben conocer los criterios diagnósticos actuales de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes y sus formas particulares de presentación. Hay trastornos específicamente infantiles (p. ej., el Retraso Global del Desarrollo o el Trastorno de Desregulación Afectiva del Estado de Ánimo - American Psychiatric Association, 2014), además de alteraciones que suelen expresarse de forma diferente en los menores y los adolescentes (p.ej., el Trastorno Depresivo Mayor, que puede presentarse en forma de irritabilidad o problemas de comportamiento - American Psychiatric Association, 2014). Asimismo, los especialistas en PCIA deben conocer los signos y formas de presentación y expresión de las diferentes formas de violencia hacia niños y adolescentes como el abuso sexual, físico y psicológico y la negligencia infantil, incluido el acoso escolar o el ciberacoso (Faulconbridge et al., 2015; WHO, 2012).

Además de los conocimientos sobre el desarrollo normal o patológico y los sistemas de diagnóstico y clasificación, es imprescindible conocer el funcionamiento de las diferentes instituciones sociales con las que están en contacto los menores de manera habitual a lo largo de su desarrollo o aquellos que, puntualmente, pueden proporcionar apoyos a los menores y sus familias: la escuela

la, el sistema judicial y los recursos sociales y de protección o de atención temprana, tanto locales como estatales. A su vez, se necesita conocer y estar permanentemente actualizado, sobre el marco legal y las políticas sobre derechos de la infancia, responsabilidades parentales, el consentimiento informado y la protección de datos, la protección infantil y salud mental o normativas sobre legislación y ética en ámbitos tan diferentes como, por ejemplo, la atención psicológica a menores con padres separados o en situaciones de enfermedades médicas crónicas complejas que requieren hospitalización, incluyendo cuidados paliativos pediátricos.

Los especialistas en PCIA deben conocer y manejar adecuadamente un conjunto de herramientas de evaluación específicas que se han ido desarrollando en el marco psicológico: escalas de desarrollo madurativo, tests neuropsicológicos, escalas de comportamiento y psicopatológicas auto y hetero-informadas o listas de observación, entre otras (Izquierdo et al., 2021). La mayoría de ellas requieren de un entrenamiento amplio y disponer de competencias técnicas y teóricas para su adecuada ejecución e interpretación.

Pero no solo los conocimientos teóricos son relevantes: además de ellos, los especialistas en PCIA deben entrenarse en adquirir y desarrollar competencias y habilidades propias para el encuentro terapéutico con los niños, adolescentes y sus familias (Izquierdo et al., 2021; Roth et al., 2011). Las habilidades del terapeuta que se requieren para evaluar y realizar un tratamiento psicológico con menores y adolescentes son, en muchos casos, comunes en líneas generales a las que se requieren para la atención psicológica de adultos, pero también hay otras más específicas. Entre las comunes, se hallan sin duda (Bados y García, 2011) la escucha activa, la empatía y la aceptación incondicional, se debe contar con ciertas características personales comunes a todo psicoterapeuta, como el interés sincero por las personas, aceptar que hay estilos de vida diferentes, autoconocimiento, autorregulación, tener un buen ajuste psicológico general, experiencia vital, conocimiento de contextos socioculturales diversos, confianza en las propias habilidades y técnicas terapéuticas, energía y persistencia, flexibilidad y principios éticos y profesionales (Cormier y Cormier, 1994),

Pero junto a todo ello, los terapeutas infanto-juveniles han desarrollado una serie de habilidades específicas para ser más eficaces en la interacción con las personas de estas edades (Izquierdo et al., 2021; Fernández-Zúñiga, 2014; Roth et al., 2011). Hay que señalar la importancia de que el lenguaje se adecue a la edad de los menores o su nivel de desarrollo emocional e intelectual, sin infantilizarles, con el objetivo de que el PCIA pueda

obtener información del menor, conocer y dar una explicación comprensible de sus dificultades y las formas de mejorarlas. Cuando se trata de bebés y lactantes, los especialistas en PCIA utilizan habilidades de observación e interacción adaptadas a esta etapa. En los prescolares con uso del lenguaje, pero con un desarrollo cognitivo basado en lo concreto y poco colaboradores, si no se sienten seguros, es necesario poner en práctica técnicas de juego, dibujo y utilizar lenguaje sencillo. Los niños en edad escolar no colaboran y comunican del modo en el que lo hacen los adultos; expresan sus dificultades o sus problemas más a través del comportamiento y menos a través de las palabras. Puede ser necesario utilizar «escalas analógicas» o ayudarles a expresarse (por ejemplo, sugiriendo «piensas que...», «quizá sientes que...»). Rara vez tienen una demanda explícita y son informantes menos fiables (aunque no menos válidos) de sus problemas emocionales o de comportamiento. Los adolescentes requieren de habilidades del terapeuta más similares a las de los adultos, pero también requieren de otras como habilidades para el trabajo con padres.

Los especialistas en PCIA ponen en práctica habilidades concretas para facilitar el cambio en comportamientos, actitudes o conocimientos en los padres y/o en los adultos que mantienen contacto con el menor; es decir, son capaces de desarrollar o mejorar, en los padres, por ejemplo, habilidades parentales o de crianza. Asimismo, los especialistas en PCIA tienen la capacidad e interés por integrarse con otros profesionales en la atención del niño, valorando e incluyendo en el trabajo las sugerencias e información de otros profesionales. Los PCIA actúan con límites protectores en el espacio terapéutico o de evaluación y tienen que desarrollar tolerancia a las emociones, a veces muy intensas, del niño o adolescente, interpretarlas y manejarlas correctamente. Es frecuente, por ejemplo, que los niños pequeños expresen su malestar en forma de agitación conductual o se muestren mutistas. Tienen que estar familiarizados con las propias reacciones contra-transferenciales para que no interfieran negativamente en el establecimiento de la relación terapéutica con el menor y su familia (Dio Bleichmar, 2005) ya que puede ser fácil sentir afinidad o simpatía con el adolescente o el niño o, por el contrario, enfado y rechazo y que estos afectos determinen actitudes y comportamientos ineficaces para el tratamiento. Esto mismo puede ocurrir también con los padres (Gammill, 2003). En suma, el manejo de las propias emociones del terapeuta y el trabajo personal para el ejercicio de su rol, serán otros de los ámbitos de formación necesarios para un adecuado desempeño.

Los especialistas en PCIA tienen también competencias para desarrollar tratamientos psicológicos desde

una perspectiva integral, con evidencia de eficacia clínica y científica (Izquierdo et al., 2021; Pérez-Álvarez, 2010; Roth et al., 2009). Deben conocer y tener habilidades para desarrollar intervenciones psicológicas para trastornos específicos (depresión mayor, trastornos de la conducta alimentaria, de ansiedad, del espectro obsesivo, del espectro psicótico, etc.), en función de la edad. Así mismo, tienen que conocer y tener habilidades para desarrollar intervenciones psicológicas en problemas que pueden afectar el bienestar psicológico de niños y adolescentes (problemas médicos crónicos, hospitalización, padres divorciados, violencia familiar...) en función de la edad y del contexto. Por otra parte, han de conocer aspectos básicos de los tratamientos psicofarmacológicos en niños y adolescentes, sus indicaciones y contraindicaciones (Roth et al., 2009).

Los PCIA deben tener capacidad para manejo de información científica, elaboración de protocolos, guías

clínicas y proyectos de investigación que favorezcan el desarrollo de la disciplina, tanto a nivel teórico como en evaluación e intervención. Apostando por una visión integral de la salud, potenciando la prevención y promoción de la salud mental y física de los menores tanto en entornos sanitarios, comunitarios como escolares. Por ello una competencia fundamental es el trabajo en coordinación con diferentes agentes implicados (a nivel institucional en el propio ámbito sanitario en los diferentes niveles, educativo, social y comunitario).

La formación va a ser una constante en el ámbito de la PCIA, tanto a nivel de autoformación personal y profesional como impartiendo docencia, a nivel divulgativo, sensibilización y concienciación comunitaria. También según lo propuesto será necesaria la docencia y formación de los psicólogos internos residentes que estén realizando su formación sanitaria especializada, así como la supervisión de casos propia y/o de otros profesionales.

Tabla 2. Conocimientos básicos del especialista en PCIA

1. Conocimientos sobre el desarrollo de niños, adolescentes y familia

- Conocer las teorías sobre el desarrollo normal y patológico, incluyendo:
 - Desarrollo cognitivo
 - Desarrollo socioemocional
 - Desarrollo físico y psicomotor
 - Desarrollo sexual
- Conocer los hitos de desarrollo y factores individuales, físico-motor, afectivo e interpersonal, cognitivo, culturales, sociales y en el lenguaje
- Conocer los comportamientos normalizados y problemáticos en función de la edad
- Conocer los factores psicosociales y biológicos de riesgo y protección para el bienestar psicológico
- Conocer los criterios diagnósticos de los trastornos psicológicos en niños y adolescentes, y sus formas de presentación
- Conocer los signos y formas de presentación del abuso sexual, físico y psicológico y negligencia infantil, el abuso escolar.
- Conocer los modelos teóricos y explicativos del desarrollo en niños y adolescentes.
- Conocer el sistema judicial y los recursos sociales y de protección, educativos y comunitarios, tanto locales como estatales
- Conocer la legislación y políticas sobre derechos y responsabilidades parentales, consentimiento informado y protección de datos, protección infantil, salud mental y educación

2. Evaluación psicológica

- Saber utilizar e interpretar instrumentos psicológicos para bebés, preescolares, niños en edad escolar y adolescentes (test de comportamiento y psicopatología, escalas de desarrollo psicomotor, entrevistas de valoración, escalas de observación), así como para sus padres y tutores y otras personas significativas.
- Saber utilizar e interpretar instrumentos neuropsicológicos para preescolares, niños en edad escolar y adolescentes (funciones cognitivas superiores, desarrollo madurativo).

3. Tratamientos psicológicos

- Conocer y tener habilidades para desarrollar intervenciones psicológicas para trastornos específicos en función de la edad.
- Conocer y tener habilidades para desarrollar intervenciones psicológicas en problemas que pueden afectar el bienestar psicológico de niños y adolescentes (problemas médicos crónicos, niños hospitalizados, padres divorciados...) en función de la edad y del contexto.
- Conocer los tratamientos psicofarmacológicos en niños y adolescentes, sus indicaciones y contraindicaciones.

4. Habilidades del terapeuta (transversales)

- Habilidad para comunicarse utilizando un lenguaje apropiado a la edad y otros vehículos de comunicación como el juego y el dibujo.
- Habilidades para comunicarse y vincularse con los diferentes miembros de la familia.
- Habilidades para obtener información, establecer objetivos y apoyos de los entornos de socialización del menor (familia, centro escolar, comunidad).

Por último, el PCIA debe estar capacitado para labores de gestión, coordinación de equipos, relaciones entre los diferentes servicios implicados. Es muy relevante promover el compromiso con el desarrollo de la profesión desde la organización, elaboración de estrategias y planes de salud mental y gestión de servicios que mejoren la calidad y práctica asistencial.

En síntesis, el especialista en PCIA requiere disponer de un conjunto amplio de conocimientos que, además, deben ponerse de manifiesto en sus competencias y habilidades para el diagnóstico, la evaluación y la psicoterapia con niños y adolescentes. La Tabla 2, adaptada de Roth, Calder y Pilling (2009), resume los conocimientos que deben poseer estos especialistas.

Campos de actuación del especialista en psicología clínica de la infancia y adolescencia

Los campos de actuación del especialista en psicología clínica de la infancia y adolescencia (Tabla 3) son varios, flexibles y colaborativos con los de otros profesionales. Su actividad asistencial, de docencia, investigación y gestión se lleva cabo (o debería hacerlo) en diferentes dispositivos y a través de diferentes programas, entre los que cabe resaltar los siguientes: Centros de Atención Primaria, Centros de Salud Mental Ambulatorios, Hospitales de Día, Unidades de Hospitalización Breve, Unidades de Media Estancia, Unidades específicas (p.ej., Trastornos de la Conducta Alimentaria o del Espectro Autista), Programas de Salud Neonatal y Perinatal, Programas de Interconsulta y Enlace (Fournier del Castillo et al., 2021).

Paralelamente, desde el marco de la atención a la salud mental basada en un modelo comunitario, los campos de actuación a fortalecer para los especialistas en PCIA, son los siguientes:

- a) Aplicación de tratamientos psicológicos de carácter ambulatorio, intensivos y largos (considerando los últimos como los que requieren más de un año, con 1-2 sesiones semanales, junto con la intervención al mismo tiempo con padres o tutores).
- b) Tratamientos intensivos y largos de trastornos mentales graves de la infancia y adolescencia (autismo, psicosis infantiles, trastornos de personalidad, trastornos del vínculo, etc.).
- c) Programas de transición a la vida adulta.
- d) Cohesión e integración del trabajo en equipo.
- e) Tratamiento familiar especializado.

Junto a todo lo expresado, el avance que supondría la creación de una especialidad de PCIA debe conllevar el

desarrollo de nuevos campos de trabajo y la creación de nuevas estructuras sanitarias más adecuadas a la atención infanto-juvenil, como las siguientes:

- Equipos de atención primaria y pediatría.
- Unidades de atención temprana.
- Centros de adicciones. Unidades de abordaje de patología dual. Adicción a las nuevas tecnologías.
- Unidades hospitalarias (patologías crónicas, prematuridad, diabetes, fertilización, consejo genético, perinatal).
- Programas de intervención en urgencias.
- Centros de abordaje para patologías mentales y discapacidad intelectual.
- Unidades específicas para el trabajo en traumas, violaciones, abusos, o desastres.
- Centros de atención y rehabilitación para niños con trastornos mentales graves.

De forma colaborativa, la visión clínica del especialista en PCIA, podrá ser especialmente complementaria y útil para otros profesionales, ya sea de la psicología o de otros ámbitos, en unidades como los centros de acogida a inmigrantes y el trabajo en transculturalidad, las unidades judiciales de intervención con menores infractores, los programas de intervención domiciliaria, las casas residenciales o de acogida para niños o madres por violencia de género, los equipos psicosociales judiciales, las unidades de respiro para familiares de niños con trastorno mental grave, los centros residenciales para menores en riesgo o bajo medidas judiciales, los centros de acogida, residenciales o de tutela, o los centros de tarde socio-educativos. En todos estos casos, la colaboración, coordinación, integración y escucha serán fundamentales para el especialista en PCIA.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta aquí, presentamos a continuación una propuesta de plan formativo para los futuros especialistas en PCIA.

Propuesta de un plan formativo en PCIA

Como hemos visto, las bases científicas, profesionales y sociales para una especialidad de PCIA en España existen. Por tanto, lo que hace falta es su creación oficial y, como consecuencia, vertebrar, por un lado, la homologación de los especialistas en PCIA ya existentes y, por otro, organizar un plan de formación para los futuros especialistas a través del sistema de residencia.

En nuestra opinión, la formación debe establecerse a través de un itinerario jerarquizado y progresivo. Actualmente la formación PIR se realiza desde el Grado, nuestra propuesta sería que este aspecto se modificase y que

Tabla 3. Ámbitos de actuación del PCIA (Fournier del Castillo et al. 2021)

Ámbitos de actuación de la PCIA
<i>Edades</i>
— Primera infancia: 0-3 años
— Preescolares: 3 a 6 años
— Escolares: 6 a 12 años
— Adolescentes: 12 a 18 años
<i>Entorno</i>
— Ambulatorio
— Hospitalización
• Salud mental
• Pediátrica
— Comunitaria
<i>Dispositivos de salud mental</i>
— Evaluación e intervención
• Trastornos de ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo
• Trastornos depresivos y conductas suicidas
• Trastornos por estrés postraumático, privación, negligencia y maltrato
• Trastornos de la vinculación
• Trastornos de conducta
• Trastorno mental grave
▪ Psicosis
▪ Trastorno bipolar
▪ Trastorno de personalidad
• Trastornos del neurodesarrollo
▪ Discapacidad intelectual
▪ Trastornos de la comunicación
▪ Dificultades específicas de aprendizaje
▪ Trastornos de espectro del autismo
▪ TDAH
▪ Trastornos motores
• Trastornos de la conducta alimentaria
• Trastornos de la eliminación
• Abuso de sustancias
• Trastornos del sueño
<i>Dispositivos de atención primaria</i>
— Diagnóstico precoz de psicopatología del desarrollo
— Asesoramiento sobre pautas de crianza saludables
<i>Dispositivos de atención especializada de la infancia y adolescencia</i>
— Programas de atención psicológica a pacientes infanto-juveniles y familias atendidos en servicios médicos
• Neonatología
• Oncología y Hematología
• UCI
• Cuidados paliativos
— Programas de atención psicológica y mejora de la adhesión terapéutica en enfermedades crónicas
• Diabetes, fibrosis quísticas, enfermedades renales, cardíacas...
— Programas de atención psicológica en dolor crónico
— Programas de atención neuropsicológica en equipos multidisciplinares
• Cirugía de la epilepsia
• Daño cerebral adquirido
• Enfermedades neurológicas autoinmunes y neurodegenerativas
• Tumores cerebrales

atraviase secuencialmente las tres etapas básicas de formación en psicología existentes en nuestro ordenamiento sanitario actual: (1º) Grado generalista; (2º) Máster en Psicología General Sanitaria; (3º) Especialista en psicología clínica (vía sistema de formación sanitaria especializada PIR), que posibilite la adquisición progresiva de conocimientos y competencias diferenciadas. Consideramos necesario que sea una formación teórico-práctica, a través del modelo de residencia en el SNS, centrada en la colaboración e integración con otros profesionales de la red de Salud Mental y de Pediatría, focalizada en una perspectiva del desarrollo y contextual, con pericia en la aplicación de modelos de tratamiento psicológico, competencias multiculturales, trabajo en equipo y habilidades de trabajo en diferentes dispositivos. El residente en PCIA deberá contar con la figura de un tutor, especialista a su vez en PCIA, que supervisará el cumplimiento del programa formativo, promoverá la formación con profesionales de diferentes perspectivas psicoterapéuticas y propiciará el entrenamiento del residente en la aplicación de tratamientos, tanto individuales como grupales y familiares.

Los contenidos de la formación deben estar basados en los conocimientos y habilidades que hemos señalado antes y que pueden concretarse en las siguientes áreas:

- Psicología evolutiva y psicopatología del desarrollo.
- Epidemiología de los trastornos mentales en la infancia y adolescencia.
- Sistemas de clasificación y diagnóstico de la infancia y adolescencia.
- Psicopatología de la infancia y adolescencia.
- Introducción a las patologías pediátricas y sus implicaciones psíquicas.
- Funcionamiento neurobiológico y comportamiento.
- Mecanismos y procesos en la construcción de la personalidad de los menores, sus mecanismos de defensa, su autoestima y su expresión emocional.
- Relaciones interpersonales con iguales y adultos, construcción y desarrollo de su identidad sexual.
- Evaluación del desarrollo psicológico (inteligencia, psicomotricidad, lenguaje, socialización, personalidad, emociones).
- Técnicas de evaluación: la observación y la entrevista, test psicométricos y proyectivos, cuestionarios auto- y hetero-informados.
- Familia, relaciones familiares y terapia familiar.
- Situaciones de riesgo, abuso y maltrato.
- Tratamientos psicológicos. Comprensión de modelos conductuales, contextuales, cognitivos, familiares, cognitivo-conductuales, psicodinámicos, humanistas e integradores.

- Psicoterapia Individual, Grupal, familiar, multi-familiar, institucional.
- Psicofarmacología básica.
- Trabajo en equipo y comunitario.
- Interconsulta y enlace en psicología clínica infanto-juvenil.
- Investigación aplicada en infancia y adolescencia.
- Gestión del conocimiento.
- Aplicación del material de juego.
- Ética, legislación y derechos del niño.
- Adicciones, nuevas tecnologías y redes sociales (usos saludables e inadecuados)
- Gestión clínica.
- Habilidades de comunicación escrita y comunicación oral.

La propuesta formativa que aglutinaría los contenidos formativos antes expuestos, se desarrollaría en un Programa de formación especializada vía PIR de estructura similar al actual, tras los estudios de grado, que no proporcionan competencias para el ejercicio de actividad sanitaria (Orden CNU/1309/2018) y el Máster en Psicología General Sanitaria, que consideramos tendría que ser el acceso al examen PIR, aunque actualmente no esté establecido como tal. Creemos por tanto que la nueva especialidad tiene que estar organizada de forma coherente y jerarquizada con el Grado + Master + PIR IA en su versión de especialización en infancia y adolescencia. Durante los años de PIR, de manera similar al actual, los conocimientos y habilidades se adquirirán a través de diferentes rotaciones por las distintas unidades o programas: atención comunitaria ambulatoria en adultos, hospitalización parcial o rehabilitación en adultos, atención primaria y/o pediatría en primaria, centro de salud mental ambulatorio infanto-juvenil, unidad de ingreso breve y urgencias de niños y/ o adolescentes, hospital de día/tarde de niños y adolescentes, interconsulta y enlace en psicología clínica de la salud en la infancia y adolescencia, adicciones programa de adolescentes, atención continuada, áreas de formación específica (según hospitales) y un periodo de rotación de libre disposición.

Entre las Áreas de Formación Específica pueden encontrarse: neuropsicología infantil, atención temprana, evaluación y tratamiento de trastornos del espectro autista, discapacidad, unidades de media estancia, neonatología, cuidados paliativos, trauma complejo, menores infractores y justicia juvenil, intervenciones en crisis y en los servicios de urgencias, gestión clínica, unidades de investigación hospitalarias, aulas de apoyo terapéutico, equipos de orientación psicopedagógica, protección de menores...

Conclusiones

La psicología clínica de la infancia y adolescencia existe y tiene una historia tan antigua como la de la psicología clínica. Goza de una identidad sólida y diferenciada y, como tal, es reconocida por los pacientes, sus familiares, la sociedad y, sin duda, por los propios profesionales. La necesidad de la creación de la especialidad viene siendo abordada y demandada por los principales agentes implicados: Ministerio de Sanidad, Comisión Nacional de la Especialidad de Psicología Clínica, asociaciones científico profesionales de reconocido prestigio en España, como la Sección de PCIA de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP), la Sección de Salud Mental-Infantil de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009) o la Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR), además de por la existencia real de psicólogos especialistas en psicología clínica que desempeñan su labor profesional en centros y unidades específicas de atención a la salud mental de la infancia y a la adolescencia en el SNS (Escudero y Serrano, 2003). En suma, la salud mental infanto-juvenil necesita ser atendida desde las instituciones sanitarias públicas para dar cumplimiento de los principios de universalidad y equidad que fundamentan nuestro sistema sanitario y, desde él, se han de impulsar acciones que propicien su desarrollo y mejora.

La creación de la especialidad de psicología clínica de la infancia y la adolescencia tiene que estar estructurada de forma coherente y jerarquizada en relación con los estudios de grado y de posgrado. Es necesario que la creación de la especialidad y el acceso a la formación especializada en PCIA por la vía de residencia, se lleve a cabo desde el máster de Psicología General Sanitaria y no desde el actual grado, ya que como todos sabemos no proporciona competencias profesionales ni conocimientos adecuados para el ejercicio de actividades sanitarias y, menos aún en el ámbito de la salud mental infantil y adolescente.

Creemos que una de las mejoras que se produciría con la inclusión de especialistas en PCIA en el SNS español, es la de propiciar una correcta evaluación psicológica y, como consecuencia, una adecuada detección temprana de los problemas psicológicos en menores y adolescentes, así como la implementación de tratamientos psicoterapéuticos específicos para el abordaje de las psicopatologías a esas edades. Paralelamente, la creación de la especialidad sanitaria de PCIA, mejorará los sistemas de gestión clínica que, necesariamente, deben adecuarse a la atención de la población infanto-juvenil y promoverá la creación de programas de prevención de salud mental y

salud en infancia y adolescencia, incluyendo desde planes de prevención del suicidio infanto-juvenil hasta el desarrollo de una parentalidad positiva.

Entre las limitaciones o dificultades que pueden surgir para el desarrollo de esta nueva especialidad podría encontrarse la articulación con el programa formativo de la reciente especialidad creada de psiquiatría de la infancia y adolescencia o con la de pediatría. Aspectos que son abordables para resolverlos, como se hizo en la formación de adultos.

Entre las líneas de desarrollo futuro, creemos necesario la creación de fuentes de conocimiento específicos para la PCIA en España, tales como revistas, secciones, o sociedades que propicien la difusión de los conocimientos existentes. Por último, la estabilidad de los profesionales dedicados a la PCIA, con experiencia y conocimientos, vendrá dada si existe un reconocimiento oficial de la especialidad que permita, al SNS, contar con plazas de perfil específico. Por todo ello, consideramos urgente la creación de la especialidad sanitaria de PCIA.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Ahluwalia, M. S., Approach, I. A. G., Anand, N., Arora, R. U., Articles, S., & Basu, K. (2016). The global strategy for women's and adolescent's health (2016-2030). *IOSR Journal of Economics and Finance*.
<http://doi.org/https://doi.org/10.3929/ethz-b-000238666>
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. American Psychiatric Pub.
- Armus, M., Factorovich, M., Quesada, J., y Rainieri, F. (2021). *Primera infancia: Impacto emocional en la pandemia*. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia. [https://www.unicef.org/argentina/media/10606/file/Primera infancia. Impacto emocional en la pandemia.pdf](https://www.unicef.org/argentina/media/10606/file/Primera%20infancia.%20Impacto%20emocional%20en%20la%20pandemia.pdf)
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (2009). *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes*. Asociación Española de Neuropsiquiatría.
[https://consaludmental.org/publicaciones/SaludmentalIninos adolescentes.pdf](https://consaludmental.org/publicaciones/SaludmentalIninos%20adolescentes.pdf)
- Bados, A., y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Universidad de Barcelona.
[http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades terapéuticas.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terap%C3%A9uticas.pdf)
- Belloch, A. (2008). Psicología y psicología clínica: Sobre árboles y ramas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34, 67-94.
<https://doi.org/10.33776/amc.v34i150-151.705>
- Belloch, A. (2013). La licenciatura en psicología y formación en psicología clínica: La situación actual. En A. Espino y B.

- Olabarría (Coords.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. (pp. 63–94). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.
- Carpintero, H. (2002). 50 años de la Sociedad Española de Psicología. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 55(4), 483–486.
- Comisión Europea (2005). *Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en Materia de Salud Mental* (pp. 1–21). Comisión Europea.
- Cormier, W., y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer.
- Cuéllar, I., Izquierdo, A., y Padilla, D. (2019). Mapa sobre la psicología clínica infanto-juvenil. ¿Una nueva especialidad sanitaria? *Clínica Contemporánea*, 10(2), 1-10. <https://doi.org/10.5093/CC2019A10>
- Dio Bleichmar, E. (2005). *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. Paidós.
- Duro, J. (2015). *Psicología y reforma sanitaria de los años 80*. https://issuu.com/colegiooficialpsicologosmadrid/docs/monograf_a_1definitiva
- Escudero, C., y Serrano, E. (2003). La formación de los especialistas y del equipo terapéutico en salud mental de niños y adolescentes. En A. Espino y B. Olabarría (Coords.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. (pp. 305–318). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.
- Faulconbridge, J., Law, D., & Laffan, A. (2015). The Child & Family Clinical what good looks like in psychological services for. *The Child and Family Clinical Psychology Review*, (3).
- Fernández Molina, N. (2003). *La psicología clínica en España*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández-Zúñiga, A. (2014). *Habilidades del terapeuta de niños y adolescentes*. Pirámide.
- Firth, H. (1975). Child psychology in England and Wales. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 4(2), 21–24.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF (2021). *Estado mundial de la infancia 2021*. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/108171/file/SOWC%202021%20Resumen%20Ejecutivo.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia -UNICEF España (2021b). *Salud mental e infancia en el escenario de la COVID 19. Propuestas de UNICEF España*. https://www.aepcp.net/wpcontent/uploads/2021/03/COVID19_UNICEF_Salud_Mental.pdf
- Fournier de Castillo, M.C., Padilla Torres, D., Priede Díaz, A., Esteso Orduña, B., Cámara Barrio, S., Grupo de Trabajo ANPIR en Psicología Clínica de la Infancia y Adolescencia (2021). Competencias y ámbito de actuación de la psicología clínica de la infancia y adolescencia. En A. Izquierdo Elizo, I. Cuéllar Flores, y D. Padilla Torres (Eds.), *Manual de psicología clínica de la infancia y adolescencia: Bases para una nueva especialidad* (pp. 65–74). McGraw Hill.
- Fundación Alicia Koplowitz (2014). *Libro Blanco de la psiquiatría del niño y del adolescente*. Fundación Alicia Koplowitz. <https://fundacionaliciakoplowitz.org/wpcontent/uploads/2020/09/libroblanco.pdf>
- Fundación Foessa (1976). *Estudios sociológicos sobre la situación social de España*. Madrid.
- Gammill, A. (2003). Contratransferencia hacia los padres. En C. Geissmann, y D. Houzel (Eds.), *Psicoterapias del niño y del adolescente* (pp. 549–571). Síntesis.
- González, R., Montoya-Castilla, I., y Del Barrio, M. V. (2015). *Psicología clínica infanto-juvenil*. Pirámide.
- Griffin, J., Dodig-Ćurković, K., Franic, T., Schulze, U., Maras, A., Tremmery, S., & Tuomainen, H. (2017). Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: A 28-country survey in Europe. *The Lancet Psychiatry*, 4(9), 715–724. [http://doi.org/10.1016/s2215-0366\(17\)30127-x](http://doi.org/10.1016/s2215-0366(17)30127-x)
- Guveritz, S., & Klapper, Z. (1951). Techniques for and evaluation of response of schizophrenic and cerebral palsied children to the Children's Apperception Test (C.A.T). *Quarterly Journal of Child Behavior*, 3, 38–65.
- Ivanova, M. Y., Achenbach, T. M., Rescorla, L. A., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., & Verhulst, F. C. (2007). The Generalizability of the Youth Self-Report Syndrome Structure in 23 Societies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 729–738. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.729>
- Izquierdo-Elizo, A., Cuéllar-Flores, I., y Padilla-Torres, D. (2021). *Manual de psicología clínica de la infancia y la adolescencia: Bases para una nueva especialidad*. McGraw Hill.
- Jiménez-Díaz, L. (1984). *Introducción a la psicología clínica infantil*. Universidad Pontificia de Salamanca. <http://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>
- Luciano, C. (1997). *Manual de psicología clínica. infancia y adolescencia*. Promolibro.
- Mardomingo, M. de J. (1994). Psiquiatría del niño y del adolescente. *Método, Fundamentos y Síndromes*, 37, 452–453.
- Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes (1926). *Escuela Central de Anormales. Estado actual de la enseñanza en España. 1926*. Sección de Informaciones, Publicaciones y Estadística.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Informe de impacto en la infancia, la adolescencia y la familia del Proyecto de Ley de Presupuestos Generales del Estado para el 2019*. https://www.congreso.es/docu/pge2019/IIF_2019_V2.pdf
- Mollejo-Aparicio, E. (2012). Reseña de «Los trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia» de Encarnación Mollejo (Coord.). *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 32(115), 636–637.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2021OEDA-INFORME.pdf>
- Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/asis/12_junio_plan_de_salud_mental_2018-2020.pdf
- Olabarría, B. (2003). La psicología clínica como especialidad sanitaria de la psicología. Antecedentes, proceso de institucionalización, formación especializada, y formación

- continua. Valoración, reflexiones y propuestas. En A. Espino y B. Olabarria (Coords.), *La formación de los profesionales de la salud mental en España*. (pp. 131-216). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Adolescent health epidemiology*. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/
- Pérez-Álvarez, M. (2010). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces (T. III): Infancia y adolescencia*. Pirámide.
- Ross, A. O. (1959). *The practice of clinical child psychology*. Grune & Stratton.
- Roth, A., Calder, F., & Pilling, S. (2009). *A competence framework for Child and Adolescent Mental Health Services*. National Health Service: Education for Scotland, 38.
- Routh, D. (2019). A History of Clinical Child and Adolescent Psychology. In T. H. Ollendick, S. W. White, & B. A. White (Eds.), *The Oxford Handbook of Clinical Child and Adolescent Psychology* (pp. 3–16). Oxford University Press.
- Sánchez-Barranco, A, y Martínez-López, M. (2000). Arturo Sanmartín Gil, pionero de la psicología y psiquiatría sevillanas. *Revista de Historia de la Psicología*, 21(2), 251–258.
- Sanmartín, A. (1961). Centros pilotos ambulatorios para la Asistencia psiquiátrica a niños subnormales. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 1, 159–167.
- Servicio Andaluz de Salud (2010). *Programa de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia*. Servicio Andaluz de Salud. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/PASMIA_Andalucia.pdf
- Siguán, M. (1976). *La psicología en España. Psychology around the World*. Brooks/Cole.
- Sole-Sagarra, J. (1960). Progresos de la higiene mental en la infancia. *Anales de Medicina y Cirugía*, XL(161), 305-314.
- Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., de Pablo, G. S.,... & Fusar-Poli, P. (2021). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281-295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>
- Virués, J. (2010). Applied behavior analytic intervention for autism in early childhood: Meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(4), 387–399.
<http://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.008>
- Walker, C. E., & Roberts, M. C. (Eds.). (1992). *Handbook of clinical child psychology* (2nd ed.). John Wiley & Sons.
- Weisz, J. R., & Kazdin, A. E. (2010). *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (2nd Ed). Guilford Press.
- WHO (2012). *Developmental difficulties in early childhood prevention, early identification, low- and middle-income countries*.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/development_difficulties_early_childhood/en/